



北海道公立大学法人
札幌医科大学
Sapporo Medical University

札幌医科大学学術機関リポジトリ *ikor*

SAPPORO MEDICAL UNIVERSITY INFORMATION AND KNOWLEDGE REPOSITORY

Title	看護師の経験学習プロセス：内容分析による実証研究
Author(s)	松尾, 睦; 正岡, 経子; 吉田, 真奈美
Citation	札幌医科大学保健医療学部紀要, 第 11 号: 11-19
Issue Date	2008 年
DOI	10.15114/bshs.11.11
Doc URL	http://ir.cc.sapmed.ac.jp/dspace/handle/123456789/6349
Type	Journal Article
Additional Information	
File Information	n134491921111.pdf

- コンテンツの著作権は、執筆者、出版社等有します。
- 利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲内で行ってください。
- 著作権法に規定されている私的使用や引用等の範囲を越える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。

看護師の経験学習プロセス：内容分析による実証研究

松尾 睦¹⁾、正岡経子²⁾、吉田真奈美²⁾、丸山知子²⁾、荒木奈緒³⁾

¹⁾ 小樽商科大学大学院・商学研究科（札幌医科大学・客員研究員）

²⁾ 札幌医科大学・保健医療学部・看護学科

³⁾ 札幌医科大学・保健医療学研究科

本研究の目的は、10年以上の経験を持つ看護師が、どのような経験を通して看護の知識やスキルを獲得しているかを明らかにすることにある。札幌市内の3病院に勤務する看護師117名に対して、彼らのキャリアを初期（最初の5年間）、中期（6～10年目）、後期（11年目以降）の3段階に分けた上で、自由記述方式の質問紙調査を実施した。調査データを内容分析したところ、①看護師は、段階的に知識・スキルを獲得していること、②11年目以降の後期においても、看護師は経験から積極的に学んでいること、③患者・家族との関わりから看護師がコミュニケーション能力を学ぶようになるのは中期以降であること、④11年目以降の看護師は、看護観や自己管理能力などのメタ認知的能力を経験から学習していること、が明らかになった。分析結果の理論的・実践的なインプリケーションは、熟達理論および経験学習の観点から検討された。

<キーワード> 看護師、経験学習、内容分析、熟達

The Process of Experiential Learning in Nursing: An Empirical Study Using Content Analysis.

Makoto MATUO¹⁾, Keiko MASAOKA²⁾, Manami YOSHIDA²⁾, Tomoko MARUYAMA²⁾, and Nao ARAKI³⁾

¹⁾ Graduate School of Business, Otaru University of Commerce (visiting scholar of Sapporo Medical School)

²⁾ Department of Nursing, School of Health Science, Sapporo Medical University

³⁾ Doctoral Course, Graduate School of Health Sciences, Sapporo Medical University

The purpose of this study is to examine how veteran nurses (with more than 10 years of experience) acquired knowledge and skills through their work experience. We conducted an open-ended questionnaire survey of 117 nurses of three hospitals in Sapporo to collect data of their experiential learning in their early (first five years), middle (6-10 years), and later (above 11 years) periods. Using content analysis, we found that nurses (1) acquired knowledge and skills through a step-by-step process, (2) learned from their experiences even in the later period of their careers, (3) acquired communication skills after the middle period, and (4) learned meta-cognitive knowledge and skills such as a philosophy of nursing and self-managing skills in the later period. Theoretical and practical implications of the results are discussed in terms of expertise theory and experiential learning theory.

Key Words : Nurse, Experiential Learning, Content Analysis, Expertise

Bull. Sch. Hlth. Sci. Sapporo Med. Univ. 11:11-19 (2008)

1. はじめに

質の高い看護サービスを提供するためには、看護師の熟達過程を理解した上で、教育・支援システムを構築する必要がある。臨床現場における経験は看護師の熟達において重要な役割を果たすといわれているが¹⁾、その学習プロセ

スは十分に解明されているとはいえない。

本研究は、10年以上の経験を持つ看護師が、どのような経験を通して看護の知識やスキルを獲得しているかを明らかにすることを目的としている。以下では、心理学、経営学、および看護学における経験学習に関する先行研究をレビューした後で、本研究のリサーチクエスチョンを提示する。次に、自由記述方式の質問紙調査に基づく内容分析の

結果を自由記述データを交えて示し、看護師の経験学習プロセスについて考察する。

2. 経験学習プロセスに関する先行研究

Dewey²⁾は、経験を「人間と外部環境との相互作用」と定義しているが、本研究もこの定義を採用する。経験の定義には、外界との相互作用の結果として得られる知識・技能を経験に含める立場³⁾ 4)と含めない立場があるが、本研究は、後者の立場をとり、経験を「外界との相互作用」と定義し、経験から得られる知識・技能を区別する。

Kolb⁵⁾は、Lewin⁶⁾やDewey²⁾の研究に基づいて、4つのステップから成る経験学習モデルを提示している。すなわち、個人は①具体的な経験をし、②その内容を振り返って内省することで、③そこから得られた教訓を抽象的な仮説や概念に落とし込み、④それを新たな状況に適用することによって学習する、というモデルである。

Kolb⁵⁾のモデルには、時間的な変数が明確な形で組み込まれていないが、優れた知識や技能は一朝一夕に得られるものではない。チェス、テニス、音楽、絵画等の熟達者を対象とした研究では「特定領域における熟達者になるには最低でも10年の経験が必要である」という10年ルール (10-year rule)⁷⁾が存在することが指摘されている。しかし、10年の経験を積みば自動的に熟達者になるわけではない。熟達研究では、10年の間にいかに「よく考えられた練習 (deliberate practice)」を積んできたかが決め手となる⁸⁾。

人は、どのようなステップを踏んで熟達者になるのだろうか。Dreyfus⁹⁾によれば、人は、初心者 (novice)、新人 (advanced beginner)、一人前 (competent)、中堅 (proficient)、熟達者 (expert) の5つの段階を経てスキルを獲得する。看護領域における代表的な熟達研究者であるBenner¹⁾も、Dreyfus⁹⁾の発達段階モデルをベースに、看護師の熟達プロセスを検討している。

学習を促す経験特性についてはMcCall et al.¹⁰⁾が、大企業で成功している上級管理職 (executives) に対し大規模なインタビュー調査を実施している。彼らの研究によれば、成功している上級管理職は、「課題」「他者 (上司)」「苦難」という3つのカテゴリーに関して多様な経験を積むことによって、バランスの取れた教訓を得ている。

日本における研究では、松尾¹¹⁾が、キャリアの発達段階を3つに分けた上で (初期:最初の5年間、中期:6~10年目、後期:11年目以降)、IT企業におけるプロジェクト・マネジャー、コンサルタント、営業担当者の経験学習プロセスを検討している。分析の結果、職種が異なれば、経験学習パターンも異なること、および中期における経験が熟達にとって重要な役割を果たすことを報告している。

この他にも、学習を促す経験に関する実証研究が行われているが^{11) 15)}、これまでの研究を整理すると、経験は次のような5つの基準によって分類することができる。すなわ

ち、①課題の性質 (不慣れな課題、変化を創出する課題、難易度の高い課題、短期的課題、苦難)、②他者からの影響 (上司、部下、同僚、取引先)、③時期 (キャリア上の初期・中期・後期)、④場所 (社内-社外)、⑤直接-間接、である。

看護の領域では、経験はどのように研究されているのだろうか。鈴木他¹⁶⁾は、職業経験を「職業の継続を通じた個々人の経験であり、主体としての人間が、社会的分業の一端をにない、個性を発揮し、環境との相互行為を通して一定の収入を得る過程において知覚した人間と環境との関連の仕方やその成果の総体である」と定義した上で、看護師の職業経験の質に関する6次元から構成される尺度を開発している。6つの次元とは「仕事を続ける中で、自分に合った日常生活を築く行動」「看護実践能力を獲得し、多様な役割を果たす行動」「他の職員と関係を維持する行動」「看護職としての価値基準の確立につながる行動」「発達課題の達成と職業の継続を両立するための行動」「職業の継続を迷ったときの行動」である。この尺度で測定された職業経験の質は、経験年数、職位、年収、仕事への満足、同僚への満足等の要因と正の関係にあることが報告されている¹⁷⁾。

鈴木らの開発した尺度は経験の質を測定する点では有用であると考えられるが、経験と獲得される知識・スキルとの対応関係を検討するには問題がある。なぜなら、この定義には「人間と外部環境の相互作用」と「獲得された知識・スキル」の双方が組み込まれているため、両者を区分することができないからである。経験の特性と、そこから獲得される知識・スキルは必ずしも対応しているとは限らないため、経験学習プロセスを検討するうえで、両者を概念的に区別する必要があると考えられる。

この他に、グレッグ¹⁷⁾は、組織コミットメントを促す経験を質的分析により検討し、「仲間との良好な関係」「チームケアへの満足」「能力発揮のチャンス」「充実感・やりがいの実感」「病院理念への共感」「良い評価」といった経験が、組織コミットメントを高める働きをしていることを報告している。この研究においても、経験と獲得された知識・スキルが分離されておらず、「満足」「やりがい」「共感」といった、外的環境との相互作用に関する主観的な評価が経験の中に含まれている点に問題がある。

3. 研究モデルと研究課題

看護師の経験研究では、獲得された知識・スキルと経験が概念的に分離されておらず、経験と知識・スキルの対応関係が検討されていない。このため、看護領域における先行研究と、経営学の領域における先行研究を比較することは難しい状況にある。また、看護領域における研究では、キャリアの発達段階が研究モデルに取り込まれていないという点も問題である。

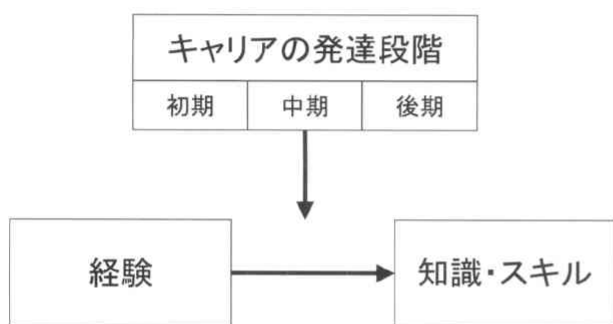


図1 研究モデル

これらの点を踏まえて、本研究は、経験と、そこから得られる知識・スキルを区別した上で、キャリアの発達段階毎に、看護師の経験学習プロセスを解明する。本研究モデルは、図1の通りである。すなわち、松尾¹¹⁾に基づいて、キャリアの発達段階を、初期（1～5年目）、中期（6～10年目）、後期（11年目～現在）に分け、その上で、（職務上の）「経験」と、その経験を通して獲得された「知識・スキル」を明らかにする。

キャリアの発達段階の3区分は、熟達の10年ルールおよびDreyfus⁹⁾やBenner¹¹⁾の5段階モデルに対応している。すなわち、キャリア発達段階の初期は、Dreyfusのモデルにおける「初心者と新人」、中期は「一人前と中堅」、そして後期は「熟達者」に相当すると考えられる。

10年の経験を積みば自動的に熟達者になるわけではなく、熟達の速さにも個人差はあるが、この3段階の区分は一般の人材の発達プロセスから大きく外れるものではないと考えられる。星野他¹⁸⁾によれば、臨床経験4～5年目の看護師は、周囲から一人前あるいは中堅としての役割を期待される時期である。つまり、個人差を考えたとしても、遅くとも6年目以降のキャリア中期の看護師は、中堅看護師としての発達段階にあるといえる。

上記の研究枠組みに基づき、本研究では、以下のようなリサーチクエスチョンを提示する。

RQ： 看護師は、キャリアの発達段階において、どのような仕事上の経験を通して、どのような知識・スキルを獲得しているのか。

なお、本研究では「AはBである」のように言語化しやすい「事実としての知識」を「知識」と呼び、技術や技能のように言語化しにくい「やり方に関する知識」を「スキル」と呼ぶ。これは、認知心理学における「宣言的知識（declarative knowledge）」と「手続的知識（procedural knowledge）」の区分に基づいている¹⁹⁾。たとえば、医学的な知識や、看護師はどうあるべきかという看護観は「知識」であり、注射の技術や患者とコミュニケーションする力は「スキル」である。

また、本研究では、経験によって知識・スキルに変化が

生じることを「学習」と定義する。

4. 研究方法

(1) 調査手続

札幌市内の3病院に勤務する看護師117名に対して、自由記述方式の質問紙調査を実施した（平成18年2月～3月）。3病院のうち2組織が公立病院（900床以上）、1組織が民間病院（300床以上）である。調査対象者は、10年以上の経験を有する看護師である。調査対象者の年齢構成は、30代が50.0%、40代が44.6%、50代が5.4%であり、看護師としての平均経験年数は17.7年であった（10～43年、標準偏差5.74年）。また、転職経験がある看護師は全体の32.2%であった。

質問票では、次の3つの設問について自由に回答する形式を採用した。すなわち、キャリアを初期（最初の5年間）、中期（6～10年目）、後期（11年目以降）において、看護の知識・技術・考え方を身につける上で印象に残った経験、および、それぞれの経験から学んだ知識・技能について回答を求めた。回答された質問票は封筒に入れた上で、各病院の看護部を通して回収された。

(2) コーディングの手続き

自由記述方式の質問紙調査によって得られたデータについて、内容分析を行った。内容分析を用いた理由は、この手法がテキストからなる定性的データを定量的データとして分析することを可能にする研究方法だからである。内容分析は、Babbie²⁰⁾を基に、次のような手順で行った。

- ①自由記述の内容をすべてコンピューターの文書ファイルに変換した。その際、データは、キャリア段階毎（初期、中期、後期）に、「経験」、「経験から得た知識・スキル」にわけてまとめた。
- ②複数の経験が記述されている回答は、個別の経験に分割した。
- ③「経験」「知識・スキル」それぞれについて、看護学修士号を持つ看護管理者と研究者合計二名が協議し、類似性に基づいてデータをカテゴリー化した。看護の知識・技術・考え方を身につける上で「印象に残った経験」は10カテゴリーに（表1）、獲得された知識・スキルは8カテゴリーに分類された（表2）。
- ④③で作成したカテゴリーリストに基づき、コーダー二人（看護学修士号を持つ研究者）がデータを独立した形でコーディングした。
- ⑤コーディング結果の一致率は、経験のコーディングでは85.83%、知識・スキルのコーディングでは83.56%であった。
- ⑥一致しなかったデータについては、二人のコーダーが協議の上、決定した。

⑦コーディングの結果、特定カテゴリについて記述がある場合には「1」を、記述がない場合には「0」を入力した。

(3) 倫理的配慮

本研究の対象者となる看護師には、研究目的及び倫理的配慮に関する説明書を質問票に添付し、配布した。具体的には、説明書には「今回の研究は、看護師はどのような経験を通して看護の知識や技能を獲得しているかを明らかに

することが目的であること」、「データは小樽商科大学において分析し、人事査定や評価などに活用されることはないこと」「個人情報に厳重に管理すること」を明記した。また本調査では、質問票の返送をもって同意を得たとみなした。

5. 分析結果

「どのような経験をしたときに、どのような知識・スキルを獲得しているか」を明らかにするために、キャリア段階（初期、中期、後期）毎に、経験変数（10カテゴリ）と知識・スキル変数（8カテゴリ）の関係性を、クラメールのファイ係数を用いて分析した（表3）。経験と知識・スキルの対応関係を要約したものが図2である。

クラメールのファイ係数は、カテゴリデータから成る2つの変数の関係性を算出するものであるが、該当するケースの数が少ない場合でも関係性が有意となることもある。一部の経験と知識・スキルの対応関係については、該当するケースの数が少なく、関係性が疑われるものが見られた。本稿では、特定の経験のケース数が少ない場合（ケース数が5以下）や、自由記述において関係性が認められない場合には、その関係性は見せかけのものであるとし削除する方針をとった。

経験学習の記述に際しては、具体的な経験内容が理解しやすいケースを選択し提示した。なお、記述の文体はなるべく原文（自由記述データ）を尊重したが、一部読みにくい部分、語尾、専門用語についての略語は、筆者が補足・修正した。ただし、内容については一切変更していない。

表1 経験のカテゴリ

<input type="checkbox"/> 部署・施設の異動
<input type="checkbox"/> 患者・家族との関わり（ポジティブな反応：感謝等）
<input type="checkbox"/> 患者・家族との関わり（ネガティブな反応：苦情等）
<input type="checkbox"/> 患者・家族との関わり（患者の急変・死亡）
<input type="checkbox"/> 高度な仕事の取り組み（難しい症状を持つ患者・家族の担当）
<input type="checkbox"/> 高度な仕事の取り組み（困難な仕事の達成、業務の改善）
<input type="checkbox"/> 先輩からの指導
<input type="checkbox"/> 職場の同僚との関係（話し合い、サポート、対立）
<input type="checkbox"/> 職場での指導的役割（学生後輩の指導、管理的職務）
<input type="checkbox"/> 研修・研究活動

表2 知識・スキルのカテゴリ

<input type="checkbox"/> 基礎的看護技術の習得（看護師の一般的技術・知識）
<input type="checkbox"/> 専門的看護技術の習得（各科・各分野特有の技術・知識）
<input type="checkbox"/> 患者・家族とのコミュニケーション能力
<input type="checkbox"/> 看護観（看護のあり方、仕事のやりがい、患者観、家族観等）
<input type="checkbox"/> 死生観
<input type="checkbox"/> 自己管理能力（ストレス管理、モチベーション管理、目標管理、自己能力の認識、自信）
<input type="checkbox"/> メンバースhip（スタッフ間の人間関係、他部署との調整・連携）
<input type="checkbox"/> リーダーシップ（学生指導、コーチング、集団の管理、業務の改善、プリセプター）

表3 経験と知識・スキルの関係性

経験	獲得された知識・スキル							
	基礎看護	専門看護	コミュニケーション	看護観	死生観	自己管理	メンバースhip	リーダーシップ
部署・施設の異動								
患者・家族との関わり(ポジティブな反応:感謝等)			.220*(中)					
患者・家族との関わり(ネガティブな反応:苦情等)			.359*** (後)					
患者・家族との関わり(患者の急変・死亡)				.231*(後)	.302** (中)			
高度な仕事の取り組み(難しい症状を持つ患者・家族の担当)		.285** (初)			.187*(中)		.217*(中)	-.205*(後)
高度な仕事の取り組み(困難な仕事の達成、業務の改善)								.303** (中)
先輩からの指導	.231*(初)							
職場の同僚との関係(話し合い、サポート、対立)							.388*** (後)	
職場での指導的役割(学生後輩の指導、管理的職務)		-.217*(後)		-.220*(後)		.218*(後)		.566*** (中)
研修・研究活動		.236*(初)						

注1: n=117
 注2: 数字はクラメールのファイ係数
 注3: カッコ内はキャリア発達段階を示す(初:初期、中:中期、後:後期)
 注4: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

初期 (最初の5年間)	中期 (6-10年目)	後期 (11年目以降)
先輩からの指導 →基礎看護技術	患者・家族とのポジティブな関わり →コミュニケーション	患者・家族とのネガティブな関わり →コミュニケーション
難しい症状を持つ患者 家族の担当 研究・研修活動 →専門看護技術	難しい症状を持つ患者 家族の担当 →メンバーシップ	難しい症状を持つ患者 家族の担当(ー) →リーダーシップ
	患者の急変・死亡 難しい症状を持つ患者 家族の担当 →死生観	患者の急変・死亡 職場での指導的役割(ー) →看護観
	困難な仕事、業務改善 職場での指導的役割 →リーダーシップ	職場での指導的役割(ー) →専門看護技術
		職場での指導的役割 →自己管理
		職場の同僚との関係 →メンバーシップ

図2 経験と知識・スキルの対応関係

注1：四角の上段は経験を示し、斜体文字は得られた知識・スキルを示している

注2：(ー)は負の相関を表している

(1) 初期（1～5年目）における経験学習

初期（1～5年目）においては、看護師は、先輩からの指導によって看護の基礎技術を習得し、その上で、難しい症状を持つ患者・家族の担当や研究・研修によって専門的看護技術を積み上げていた。このことは、キャリアの初期段階における看護師の学習は「技術的側面」に焦点が当てられていることを示している。具体的なケースを2例紹介する。

ケース1：「先輩からの指導」によって「基礎看護技術」を学ぶ

「心臓血管外科病棟へ3年間勤務。患者さんに胸が苦しいと言われた時（勤務して2ヶ月くらいの時）に、指導者にただ胸が苦しいと言っていますと報告して、じゃあどうしたらいいのと言われたことが忘れられません。今ならバイタルを測り、胸苦時の指示を確認し、処置する流れがわかりますが、その頃は自分が新人で看護師の自覚が不足しており、この時患者さんにとって経験年数は関係なく、プロとして対応しなければならないことを自覚しました。」

ケース2：「高度な仕事の取り組み（難しい症状を持つ患

者・家族の担当）」を通して「専門看護技術」を学ぶ

「NICUにおける超低出生体重児のケアと家族のケア、および奇形児出産前後の精神的ケア（無頭蓋児）を経験した。これによって、出生時週数と体重によるリスクやその後の経過の違い、母児分離された母の精神的フォローの重要性、切迫管理がいかに大事であるかを学んだ。」

(2) 中期（6～10年目）における経験学習

6～10年目のキャリア中期における経験学習の特徴は、患者との関わり（患者・家族とのポジティブな関わり、患者の急変・死亡、難しい症状を持つ患者の担当）による学習が活性化する点である。技術的な学習が中心であった初期段階とは異なり、中期には「患者とのコミュニケーション」「メンバーシップ」「リーダーシップ」といった対人能力を身につけている。事例からもわかるように、看護師は、患者とのポジティブな関わりを通してコミュニケーション能力に対する自信をつけ、高度な仕事（難しい症状を持つ患者・家族の担当、困難な仕事、業務改善、職場での指導的役割）を経験することで、医師との連携やチームワークの重要性、新人・学生指導のあり方について学んでいた。また、死生観の変化といった概念的な学習が行われるのもこの時期の特徴である。ケースは以下のとおりである。

ケース3：「患者・家族とのポジティブな関わり」によって「患者・家族とのコミュニケーション」を学ぶ

「工作中急変した患者さんを看取ったとき、娘さんから「あなたでよかった」と言われたこと。病院にとっては多くの亡くなっていく人の1人であるが、家族にとっては、唯一の肉親の死であることを忘れてはいけない。家族にとっては看取りのシーンがそのまま記憶に残るものと体験を通して学んだので、残される家族が納得できる、不快感の残らないような親身なケアをしていこうと考えた。」

ケース4：「患者の急変・死亡」「難しい症状を持つ患者・家族の担当」によって「死生観」を学ぶ

「高校生、30代後半の母など、若い患者さんの死に何度も立ちあう。ターミナル期の痛みのコントロール、死の受容、家族との関わりをもった。しかし、自分から踏み込んで、これからのこと、自分の今の状況など聞くことは出来なかった。これから死んでいく人に対しての心の動き、家族の受け止めなどに対しての自分の心がまえができず、踏み込んで話が出来なかった。自分の中での死生観が大事と考えました。」

ケース5：「難しい症状を持つ患者・家族の担当」によって「メンバーシップ」を学ぶ

「特に多発的外傷や合併症が多い重症患者の複雑な病態や治療内容を十分に理解して看護するのが容易ではなく、その都度外に確認し把握に努めた。看護師間だけでなく、医師との密な連携の大切さを学んだ。」

ケース6：「困難な仕事、業務改善」によって「リーダーシップ」を学ぶ

「新人看護師の指導や看護研究、部署の業務整理をし、マニュアル化するなど責任をもたされることが増えた。自分のことばかりではなく、新人の育成や部署の運営などにも目を向けていく必要性を学んだ。」

ケース7：「職場での指導的役割」によって「リーダーシップ」を学ぶ

「教育的な関わり（学生指導を通し、人を育てることは自己の成長があった）。チームリーダーで患者の目標達成のために、カンファレンスなどで話し合ったり、患者家族と話し合いながら頑張れたこと。プライマリナーサスとして、患者目標を達成できたこと。こうした経験によって、学生指導者としての役割（教育すること）や、リーダーシップとは何かを学んだ。」

(3) 後期（11年目以降）における経験学習

11年目以降のキャリア後期では、中期に引き続き、看護師は、患者との関わりを経験を中心に、「患者とのコ

ミュニケーション」「メンバーシップ」といった対人能力を学んでいた。ただし、中期と異なるのは、後期では「患者とのネガティブな関係」を通してコミュニケーション能力を習得している点である。後期における看護師は、苦手な患者との関わりや、クレームや叱責を受けることで、笑顔の大切さや詳細なアセスメントの重要性について学習していた。これは、中期における学びをベースとして、後期には、ネガティブな事象を通してより深い患者とのコミュニケーションのスキルを習得する準備状態ができていたためであると考えられる。

後期におけるもう一つの学習上の特徴は、「職場での指導的役割」を通して「自己管理」を学んでいるという点にあった。この時期の看護師は「反省・振り返りの大切さ」「自らの知識、技術、考え方を高める必要性」「学習意欲を持ち続けることの重要性」を学んでいた。これは、10年の経験によってある程度のレベルに達し、指導的役割を担うようになった看護師は、さらに知識・スキルを高めるために自分を管理することが必要になるためであると考えられる。自己管理と関係して、この時期には、看護観の学習も活発化していることから、10年を経過した段階において、自分を振り返り、さらなる成長のために自分をマネジメントしていくことの重要性が高まるのであろう。具体的なケースは以下のとおりである。

ケース8：「患者・家族とのネガティブな関わり」によって「患者とのコミュニケーション」を学ぶ

「50歳代、白血病の男性。移植を受けて化学療法を数回繰り返す、一時退院となる。退院時「治療の副作用を詳しく教えてくれなくて、すごく不安だった。何もわからなくて不安ばかりで本当に辛かった、そのくらい解って当然じゃないのか。」と叱責を受ける。移植のため再入院となったときは、副作用等の詳細な資料を用意し渡した。その後不満の訴えはない。医師は詳細に説明しても、患者の日常生活に影響を与える点については、ふみこんで話していないことが多いため、患者の状況に応じた情報の提供が必要である。そのためには詳細なアセスメントを行い、何をどの程度知りたいかを把握した上で、患者の理解度に応じた情報提供することが重要になることを学んだ。」

ケース9：「患者の急変・死亡」によって「看護観」を学ぶ

「未熟児として出生した児が治療の甲斐なく、亡くなってしまった時に母親が号泣し、泣き崩れてしまった。私は母親に声を掛けることができずに一緒に泣く事しか出来ずにいた。母親として、児の死を悲しみ、感情を表出することは当然のことと思いながらも、泣き崩れる母の側で私は言葉を掛けることもできなかった。それまでも患者様の最期に立ちあう事は何度かあったが、一番つらいのは、「ご

家族の方、看護師と一緒に悲しんではいけない。私たちは悲しんでいるご家族をどうサポートするか考えなくてはならない」という考えだった。しかし、この時は悲しみを母親と共感することも必要なのではと感じた。辛い治療に耐え続けた児や、児を見守り、辛い時期を過ごした家族と共に気持ちを共感できるのは、一番側にいた我々看護師なのではないかと感じた。」

ケース10：「職場での指導的役割」によって「自己管理」を学ぶ

「新しい病院、職場に来たが、自分の経験上、同スタッフより頼りにされること。一回りも違うスタッフと仕事をすると、毎日が新鮮で驚きがある。常に学ぶ姿勢を忘れず、時には反省・振り返ることが必要。」

ケース11：「職場の同僚との関係」によって「メンバーシップ」を学ぶ

「後輩の指導などを通して初心を忘れてはいけないなと思った。全く部署が違う人方にも親切にしてもらう事も多く（自分は他部署に行っても挨拶やその後の後片付けや、いろいろコミュニケーションをとる比較的あいそがいい人種だったようだ）、今は非常に助けてもらえることも多い。医師間との関係もよく円滑に仕事していると思う。そういうことにいまさら気づいた。」

なお、「職場における指導的役割」を印象的な経験として挙げている看護師は、「専門的看護技術」や「看護観」を学習したと答える比率が低かった。これは、リーダー的な役割を担うほど、新人・スタッフ看護師の育成に時間をとられ、看護師としての自分の能力や考え方に注意を払う余裕がなくなるためであると解釈できる。また、「難しい症状を持つ患者・家族の担当」と「リーダーシップ」が負の関係にあった。これは、管理職についている看護師の主な職務が、看護自体から、スタッフ看護師の指導・育成に移っているためであると解釈できる。

6. 考 察

本稿の目的は、自由記述データを内容分析によって検討することを通して、10年以上の経験を有する看護師の経験学習プロセスを明らかにすることにあつた。理論的な考察は次のとおりである。

第1に、3段階に分けられたキャリアのうち、後期以降においても、経験と知識・スキルの関係性が見られた。これは、「熟達者になるためには最低10年の経験が必要になる」という熟達の10年ルール⁷⁾と矛盾するものではないが、10年という節目を越えてもなお経験学習が続くことを示している。この結果は、看護職が、高度な知識・スキルを要求され、かつ長期間学習が継続される職務であることを示

している。熟達のパターンには、徐々にタスクの難易度を高める「段階的学習方法」と、初期から困難な課題を経験させる「非段階的な学習方法」があるが^{21) 22)}、看護師は段階的な学習によって学ぶ傾向があるといえる。

第2に、経験6～10年目の中期以降に、患者・家族との関わりからの学びが活発化していた。これは、キャリアを積むほど、技術的な知識・スキルの獲得が進み、患者・家族との関わりの中で学ぶ余裕が出てくるためであると解釈できる。注目すべき点は、看護師がコミュニケーションについて学ぶ際、中期においては「患者・家族とのポジティブな関わり」を通して学んでいるのに対して、後期では「患者・家族とのネガティブな関わり」から学んでいた点である。これは、コミュニケーションの学習過程にも階層性が存在し、苦情等のネガティブな経験から学ぶためには、技術的な準備状態が整っていなければならないことを示している。松尾¹¹⁾は、ITコンサルタントやプロジェクトマネージャーが、中期から後期にかけて「厳しい顧客」から学んでいることを報告しているが、顧客（患者）との関わりについての経験は、領域を超えて、学びの源泉として非常に重要な役割を果たすと考えられる。McCall et al¹⁰⁾は、成功した管理職の経験を「上司」「課題」「苦難」というカテゴリーで分類しているが、看護師の学習においては「患者（顧客）とのかわり」が主要な経験カテゴリーになると思われる。

第3に、経験11年以上のベテラン看護師は、患者の急変・死亡を通して看護観を、また、職場での指導的役割を通して自己管理能力を学んでいた。「看護とはどうあるべきか」という看護観や、自分を管理する能力は、人間のより高次の能力であるメタ認知能力と関係するものである。メタ認知は、自分を理解するとともに、自分をモニタリングしたりコントロールする能力であり、人間の活動全般をコントロールする司令塔的な役割を果たすといわれている^{23) 24)}。看護における最初の10年間では、専門の知識・スキルやコミュニケーションといった対人能力を獲得するのに対し、10年を越えた段階では、自分を管理するメタ認知能力を身につけることが重要になるといえる。

上述した理論的な考察は、看護管理の実践においてどのようなインプリケーションを持つであろうか。まず、管理者は、キャリア段階毎に獲得される知識・スキルを明確にし、その習得状況を考慮した上でマネジメントする必要がある。初期には、看護技術を、中期にはコミュニケーションやリーダーシップを、後期では、看護観や自己管理能力の獲得に焦点を当て、経験を積ませることが効果的であると考えられる。

次に、患者・家族との関わりからの学びが、看護師のキャリアの後期以降も続く点を考慮すべきである。患者・家族との関わりからの経験は、キャリア中期から開始される傾向があることから、6～10年目の中堅看護師に加えて、10年以上の経験を持つベテラン看護師に対して

も、職務設計や教育制度等を通して学習をサポートすべきであろう。なお、患者・家族とのポジティブなかかわりを共有することは、6～10年目の看護師の育成につながると考えられる。

最後に、本研究の限界および今後の課題について述べたい。第1に、本研究は過去の出来事を回想してもらうことにより経験を測定しているため、回答にバイアスがかかっている可能性がある。ただし、主観的な経験を測定するには回想に頼る以外に方法がなく、先行研究も回想法を使用しているのが現状である。経験の測定方法についての問題は、経験学習研究全般に関わる課題であるといえる。ただし、本研究では、「経験」と、そこから得られた「知識・スキル」の対応を分析する際に、単に回答者からの記述に基づいているわけではない。本研究は、経験と知識スキルの関係を統計的に分析していることにより、因果関係に関する認知バイアスを回避していると考えられる。今後は、定量的な方法で経験を測定・分析し、分析結果を比較するなど、多面的に研究を進める必要があるだろう。

第2に、キャリア発達段階を、初期（最初の5年間）、中期（6～10年目）、後期（11年目以降）の3区分としたが、初期と中期に比べて、後期の期間の幅が広いといえる。これは、熟達の10年ルールに基づいて10年以内の経験を重視したためである。10年以降の経験を、11～20年目、20～30年目というように区分することによって、後期における経験学習プロセスをより詳細に分析することができると思われる。

第3に、今回の調査対象のうち、2組織が公立の大規模病院であったため、対象者の約7割が一つの組織において看護師のキャリアを積んでいた。これに対し、人員の入れ替わりが激しい中小規模病院の看護師を対象に調査を実施した場合には、経験の内容も異なる可能性がある。地域、規模、経営形態（公立・民間）に関して多様な病院における看護師を対象に研究することによって、より一般化可能な発見事実を引き出すことができるだろう。

参考文献

- 1) Benner, P.: From novice to expert excellence and power in clinical nursing. NJ, Prentice-Hall, 2001. (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳: ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー, 東京, 医学書院)
- 2) Dewey, J.: Experience and education. IN, Kappa Delta Pi, 1938. (市村尚久訳: 経験と教育, 講談社, 東京, 2004)
- 3) 大村彰道: 経験, 古畑和孝, 岡隆編, 社会心理学小辞典・増補版, 東京, 有斐閣, 2002.
- 4) 舟島なをみ, 亀岡智美, 鈴木美和: 病院に就業する看護職者の職業経験の質に関する研究: 現状および個人特性との関係に焦点を当てて, 日本看護科学会誌25: 3-12, 2005.
- 5) Kolb, D.A.: Experiential learning: Experience as the source of learning and development. NJ, Prentice-Hall, 1984.
- 6) Lewin, K.: Field theory in social sciences. NY, Harper & Row, 1951.
- 7) Ericsson, K.A.: The acquisition of expert performance: An introduction to some of the issues. (The road to excellence.) K.A. Ericsson ed. Mahwah, NJ, LEA, 1996.
- 8) Ericsson, K.A., Krampe, R., Tesch-Romer, C.: The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psychological Review, 100: 363-406, 1993.
- 9) Dreyfus, S.E.: How expert managers tend to let the gut lead the brain. Management Review, September: 56-61, 1983.
- 10) McCall, M.W., Lombardo, M.M., Morrison, A.M.: The lessons of experience: How successful executives develop on the job. NY, The Free Press, 1988.
- 11) 松尾睦: 経験からの学習: プロフェッショナルへの成長プロセス, 東京, 同文館出版, 2006.
- 12) Davies, J., Easterby-Smith, M.: Learning and developing from managerial work experiences. Journal of Management Studies, 21: 169-183, 1984.
- 13) McCauley, C.D., Ruderman, M.N., Ohlott, P.J., Morrow, J.E.: Assessing the developmental components of managerial jobs. Journal of Applied Psychology, 79: 544-560, 1994.
- 14) Morrison, R.F., Brantner, T.M. What enhances or inhibits learning a new job?: A basic career issue. Journal of Applied Psychology, 77: 926-940, 1992.
- 15) 本田由紀: 電気通信企業の日米比較, 小池和男, 猪木武徳編, ホワイトカラーの人材育成: 日米英独の比較, 東京, 東洋経済新報社, 2002.
- 16) 鈴木美和, 定廣和香子, 亀岡智美他: 看護職者の職業経験の質に関する研究測定用具「看護職者職業経験の質評価尺度」の開発, 看護教育学研究13: 37-50, 2004.
- 17) グレック美鈴: 臨床看護師の組織コミットメントを促す経験, 岐阜県立看護大学紀要6: 11-18, 2005.
- 18) 星野磨利子, 堀江香織, 稲継明子他: 臨床経験4・5年目看護師の自己成長を動機付ける先輩看護師の関わり, 日本看護学会論文集 看護管理34: 33-35, 2003.
- 19) Anderson, J.R.: The architecture of cognition. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983.
- 20) Babbie, S.: The practice of social research. 9th edition. CA, Wadsworth/Thomson Learning, 2001.
- 21) Burton, R.R., Brown, J.S., Fischer, G.: Skiing as a model of instruction (Everyday cognition: Its development in social context.) Rogoff, B. & Lave, J eds. MA, Harvard

University Press, 1984.

- 22) 生田久美子：「わざ」から知る。東京, 東京大学出版会, 1987.
- 23) Flavell, J.H.: Metacognitive development. (Structural process theories of complex human behavior.) J.M. Scandura and C.J. Brainerd eds. Ayphen and Rijin, The Netherlands: Sijtoff & Noordhoff, 1978.
- 24) Nelson, T.O., Narens, L.N: Why investigate metacognition? (Metacognition: Knowing about knowing.) J. Metcalfe & A.P. Shimamura ed. Cambridge, MA, MIT Press, 1994.